VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ**
(NR 75)
z dnia 14 maja 2019 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 75)

14 maja 2019 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– informacja Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki medycznej osób starszych z chorobą nowotworową, z uwzględnieniem sytuacji starszych osób chorych hematoonkologicznie;

– rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2018 roku (druk nr 3366) w zakresie działania Komisji;

– sprawy różne.

W posiedzeniu wzięli udział: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Ewa Lech-Marańda** krajowy konsultant w dziedzinie hematologii wraz ze współpracownikami**, Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Anna Jakrzewska-Sawińska** wiceprezes Hospicjum Domowego, **Zofia Prasał** opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Kordian Kulaszewicz** prezes Zarządu Fundacji ADAPTACJA, **Adam Zieliński** przewodniczący Zespołu ds. Zdrowia i Spraw Socjalnych przy Wolskiej Radzie Seniorów oraz **dr n. med. Rafał Sapuła** stały doradca Komisji oraz **Dominika Górnicka** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu wzięła udział pracownica Kancelarii Sejmu **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Szanowni państwo, otwieram 75. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Witam panie i panów posłów, pana ministra, przedstawicieli ministerstw, witam panią profesor Ewę Lech-Marańdę, konsultanta krajowego w dziedzinie hematologii, a także wszystkich pozostałych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia jest następujący: informacja Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki medycznej osób starszych z chorobą nowotworową z uwzględnieniem sytuacji starszych osób chorych hematoonkologicznie; w drugim punkcie – rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2018 roku (druk nr 3366) w zakresie działania Komisji.

Poproszę o przedstawienie informacji panią prof. Lech-Marańdę, konsultanta krajowego w dziedzinie hematologii, a następnie pana Macieja Miłkowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Bardzo proszę.

Krajowy konsultant w dziedzinie hematologii Ewa Lech-Marańda:

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie do przedstawienia stanu opieki hematoonkologicznej chorych osób starszych. Kilka słów wstępu na temat epidemiolo-

gii. Generalnie nowotwory hematologiczne, czyli choroby hematoonkologiczne to są choroby w części rzadkie, a nieraz częściej spotykane; średnia zachorowalność na niektóre nowotwory, takie jak przewlekła białaczka szpikowa czy mielofibroza to jeden przypadek na 100 tys., z kolei chłoniaki nieziarnicze (teraz się mówi chłoniaki Hodgkina), czy przewlekła białaczka limfocytowa to kilkanaście przypadków na 100 tysięcy. Jeżeli spojrzymy na dane Krajowego Rejestru Nowotworów, to w ciągu ostatnich 20 lat zachorowalność na nowotwory hematologiczne wzrosła dwukrotnie. Surowy współczynnik zachorowalności, czyli liczba nowych przypadków na 100 tys. osób, w 1990 r. wynosił 8,8 przypadków, w 2010 r. już 16,8, czyli dwa razy więcej. Na wykresie widzimy, że chorują głównie osoby między 50. a 79. rokiem życia, przy czym po 50. roku życia zachorowalność istotnie wzrasta.

Tutaj mamy zachorowalność w poszczególnych grupach wiekowych. Najniższa krzywa informuje o zachorowalności dzieci i młodych dorosłych; widzimy, że ona się nie zmienia. U osób między 49. rokiem życia a 65. nieznacznie wzrasta, a u osób po 65. roku życia (krzywa pomarańczowa) – zachorowalność wzrasta bardzo istotnie. Stąd jest duży nacisk na osoby chore na nowotwory hematoonkologiczne po 65. roku życia.

Jak wyglądają wskaźniki przeżyć? Jeśli chodzi o pięcioletnie przeżycia u chorych na nowotwory układu krwiotwórczego, w pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku widać znaczną poprawę, to jest kilka punktów procentowych u mężczyzn i kilka punktów procentowych u kobiet, niecałe pięć punktów procentowych do roku 2010. Teraz wiemy, że te dane są wyraźnie lepsze. Oczywiście nie ma ich jeszcze w Krajowym Rejestrze Nowotworów, ale wiemy, że pięcioletnie przeżycia rosną o kolejnych kilka punktów procentowych.

Jeżeli chodzi o umieralność, to ona jest największa u osób starszych, szczególnie po 65. roku życia. Oczywiście wiemy, że ma na to wpływ nie tylko sama choroba nowotworowa, ale też choroby współistniejące, które obserwujemy u osób starszych; widzimy, że tendencja do umieralności wzrasta szczególnie zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet po 65. roku życia, to jest ta najwyżej przebiegająca pomarańczowa linia.

Trochę inna epidemiologia to tzw. zapadalność i chorobowość rejestrowana. To są dane, które powstają na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Pierwsze dane opublikowano w 2014 r. Zapadalność rejestrowana – czyli nie chodzi o samą epidemiologię, to są dane, które raportujemy do Narodowego Funduszu Zdrowia – widzimy na wykresie, że największa zapadalność przypada na przewlekłe nowotwory układu krwiotwórczego, takie jak czerwienica prawdziwa, nadpłytkowość samoistna, mielofibroza przewlekła, białaczka szpikowa i chłoniaki, o których już wspomniałam – 26, prawie 27 przypadków na 100 tysięcy. Ale podkreślam, to są dane rejestrowe, czyli sprawozdawane do NFZ. Pacjentów z nowotworami hematologicznymi, będziemy mieli około 300-350 tys. łącznie.

Teraz króciutko powiem o odrębnościach w hematologii onkologicznej, czyli w hematoonkologii i onkologii. Hematoonkologia jest szczególną dziedziną, bo ani edukacja, ani styl życia nie wpływa na zachorowanie na te nowotwory. Nie ma też profilaktyki pierwotnej ani wtórnej, w przeciwieństwie do innych nowotworów, kiedy pewne zachowania, robienie odpowiednich badań może ustrzec przed chorobą, albo odpowiednio wcześniej dać znać, że rozwija się choroba nowotworowa. W hematoonkologii tego nie ma. Z badań przesiewowych jedyne – albo aż – co mamy, to morfologia krwi obwodowej. Każdy raz w roku powinien sobie robić morfologię, żeby wcześniej wykryć ewentualne nowotwory. Ale część nowotworów hematoonkologicznych nie przedstawia się żadnymi zmianami w morfologii krwi, więc wykrywanie tych nowotworów jest dużo trudniejsze.

Diagnostyka. We współczesnej hematologii mamy bardzo nowoczesną diagnostykę, która opiera się na metodach molekularnych, genetycznych, na specjalistycznych badaniach. Widzą państwo tutaj białą kropkę na chirurgii i kropkę na radioterapii – bardziej bladoniebieską. One znaczą, że nie ma tych metod w hematoonkologii. Chirurgia, która jest ważna w onkologii, nie ma zastosowania w hematoonkologii, 70% metod terapeutycznych to farmakoterapia, 30% przeszczepianie szpiku. Takie są różnice pomiędzy hematoonkologią a onkologią narządową.

Ponieważ tematem jest dostęp do terapii, króciutko przedstawię, bez wdawania się w szczegóły, jakie są najczęstsze choroby nowotworowe występujące u osób starszych

i jaka jest dostępność do leków. Będę mówić o lekach, bo to jest praktycznie jedyna technologia wykorzystywana w kuracji osób starszych.

Ostre białaczki szpikowe – mają państwo na górze medianę wieku, przy rozpoznaniu to jest 67 lat. Zapadalność na ostre białaczki szpikowe jest kilkukrotnie, a nawet kilkunastokrotnie większa u osób powyżej 65. roku życia. Mamy jeden lek dostępny w Polsce dla osób z mniejszą liczbą blastów, w wysokości 20-30%, to są cytydyny, ale dla mających powyżej 30% blastów na razie nie ma refundacji za cytydyny. W Europie od 2015 r. jest refundacja, tak że tutaj na pewno jest jeszcze przestrzeń.

W zespołach mielodysblastycznych – jest to zdecydowanie nowotwór osób starszych – mediana 71 lat, mamy dostęp do dwóch leków, do azacytydyny i do lenalidomidu. Jeden i drugi lek to nie jest klasyczna chemioterapia; bardzo ważne, że mamy do nich dostęp, bo klasyczna chemioterapia, klasyczne cytostatyki u osób z zespołami mielodysblastycznymi nie przynoszą tak dobrych efektów.

Nowotwory mieloproliferacyjne bez chromosomu filadelfia, mediana wieku 60-65 lat –od 2017 r. mamy dostęp do ruxolitynibu, to jest też nowoczesny lek, a nie klasyczny cytostatyk; stosujemy go przede wszystkim w pierwotnej mielofibrozie i we wtórnej mielofibrozie. Czekamy jeszcze na dostęp do tego leku u chorych na czerwienicę prawdziwą.

Przewlekła białaczka szpikowa. Zapadają na tę chorobę trochę młodsi ludzie, szczyt zachorowań, to czwarta, piąta dekada. Wiele leków jest refundowanych, ale ciągle czekamy na ponatinib. To jest bardzo ważny lek, dlatego że to jedyny inhibitor, który działa w tej specyficznej mutacji D315/I. Chorzy nabywają tę mutację w miarę trwania przewlekłej białaczki szpikowej, ale mogą też mieć od razu tę mutację i w tym wypadku żadne inne dostępne leki nie działają.

Chłoniaki Hodgkina, czyli chłoniaki nieziarnicze, zdecydowanie nowotwór osób starszych, mediana przy rozpoznaniu, jak podają niektóre publikacje, 65-70 lat. Mamy wiele potrzeb refundacyjnych. Chodzi przede wszystkim o nowoczesne leki: brak nam dostępu do ibrutynibu, idelalisibu, lenalidomidu – te leki są stosowane. Wcześniej państwu mówiłam o lenalidomidzie w zespołach mielodysplastycznych, a więc tu są podobne leki w różnych rozpoznaniach. Czekamy również na dostęp do przeciwciała monoklonalnego chorych na chłoniaka grudkowego z opornością na inne przeciwciała.

Przewlekła białaczka limfocytowa to też nowotwór osób starszych, mediana 72 lata. Jest to najczęstsza białaczka u ludzi w Europie Zachodniej. Z tych nowoczesnych leków mamy dostęp do obimotuzumabu i do ibrutynibu od grudnia 2018 r., ale tak naprawdę stosujemy je od 2019 r. Mamy też dostęp do wenetoklaksu. To są wszystko nowe cząsteczki, które bardzo dobrze działają u osób starszych, nie jest to klasyczna chemioterapia i osoby starsze mogą stosować te specyfiki. Są one obarczone dużo mniejszą toksycznością niż klasyczna chemioterapia, więc i wyniki leczenia są znacznie lepsze. Czekamy na dostęp do ibrutynibu i wenetoklaksu nie tylko u chorych z delecją czy mutacją genu tp53, ale również u chorych z opornością.

Szpiczak plazmocytowy – widzą państwo dużo pustych miejsc, co znaczy, że nie mamy dostępu do wielu leków. A to jest zdecydowanie choroba osób starszych, mediana 65-70 lat.

W 2018 r., bodajże we wrześniu uzyskaliśmy refundację pomalidomidu, a czekamy na wiele cząsteczek takich, jak daratumumab – to zupełnie nowy lek, o innym mechanizmie działania, calfliso mib, panobinostat i wiele innych cząsteczek. Ale gdybyśmy chociaż jedną uzyskali, na pewno pacjenci byliby bardziej zaopiekowani. To są ważne leki, które pozwalają uzyskać kolejną odpowiedź na leczenie.

Powinnam podkreślić na początku, że generalnie leczenie pierwszej linii w Polsce mamy dosyć dobrze zaopatrzone, ale hematologia i hematoonkologia to są przede wszystkim nowotwory przewlekłe, dlatego jest tak ważne, żeby w kolejnych nawrotach choroby, czy w oporności choroby mieć dostęp do nowych cząsteczek.

Podsumowując, na pewno hematoonkologia jest dziedziną najbardziej dynamicznie się rozwijającą, jeżeli chodzi o nowoczesną diagnostykę i nowoczesne leczenie. W zasadzie dzięki nowym lekom jesteśmy w stanie w ciągu ostatnich 20 lat przekształcić nowotwory, które są agresywne i doprowadzały do śmierci wielu chorych, w choroby przewlekłe. Przykładem takiego nowotworu jest przewlekła białaczka szpikowa. Chorzy otrzymując nowoczesne leki, które są u nas dostępne, żyją po kilkanaście czy kilkadziesiąt lat.

Oczywiście to wydłużenie przeżyć chorych czy nawet wyleczenie wiąże się z większymi nakładami na leczenie, ale też daje oprócz efektu klinicznego również korzystny efekt społeczny i korzystny efekt ekonomiczny. Część tych chorych, mówię tu o populacji tylko osób starszych, ale część chorych na nowotwory hematologiczne to są chorzy w wieku produkcyjnym, to są osoby, które spełniają ważne role rodzinne, ważne funkcje społeczne, leczenie tymi środkami umożliwia im normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Oczywiście dostęp do nowoczesnych terapii musi być bardzo rozważnie wprowadzany. Wiadomo, że żadnego kraju, żadnego państwa nie stać, żeby wprowadzić wszystko u wszystkich, bo te leki są bardzo drogie, ale we współpracy z MZ, z ekspertami, z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powinniśmy całościowo patrzeć na ten obszar i w konkretnych nowotworach starać się zapewnić dostęp do różnych nowoczesnych terapii, żeby jak najbardziej poprawić przeżywalność chorych i poprawić jakość ich życia. Dostęp do nowoczesnych terapii musi się odbywać zgodnie z krajowymi wytycznymi postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Naszym marzeniem jest, żeby te wytyczne były jak najbliższe rekomendacji europejskich i rekomendacji światowych. Bardzo dziękuję. Jeżeli będą jakieś pytania, bardzo chętnie odpowiem.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo dziękuję. Pani profesor, momencik, bo jeszcze… No dobrze, bardzo proszę.

Poseł Alicja Chybicka (PO-KO) – spoza składu Komisji:

Pani profesor, na dwóch pierwszych przezroczach, a patrzyłam dosyć bacznie, włączyła pani do ogólnych wyliczeń grupę dzieci. Ona nie jest duża, bo to jest 1200 zachorowań. Ale po pierwsze, nowotwory wieku dziecięcego to jest kompletnie inna bajka, wyleczalność wynosi ponad 85%, dostępność do leków jest zupełnie inna. Jeśli pokazała pani na końcu – to jest pytanie – przeżywalność w procentach poszczególnych chorób, to zważywszy, że część dzieci ma bardzo wysoką wyleczalność – jak to się ma do statystycznej prawdy o grupie senioralnej?

Krajowy konsultant w dziedzinie hematologii Ewa Lech-Marańda:

Pani profesor, absolutnie się zgadzam. To są dane epidemiologiczne, tak naprawdę w Polsce nie mamy dobrych rejestrów i dostępu do danych epidemiologicznych. Zaznaczyłam na początku, że to są dane Krajowego Rejestru Nowotworów i niestety wszystkie choroby zostały w nim wrzucone do jednego worka, przynajmniej te dane, które są dostępne na stronach. Wiem, że teraz KRN trochę rozdziela ostre białaczki od przewlekłych. Ale na razie, gdybyśmy chcieli sprawdzić przeżywalność w ostrych białaczkach szpikowych czy przewlekłych, to one są ujmowane razem. A wiemy, że biologia tych chorób jest zdecydowanie inna. Więc pierwsze przezrocze wzięłam po prostu ze strony KRN, gdzie jest pokazana zachorowalność we wszystkich przedziałach wiekowych, od zera do 85+ i te pięcioletnie przeżycia też są policzone dla wszystkich nowotworów. Ale mamy tylko takie dane.

Poseł Alicja Chybicka (PO-KO) – spoza składu Komisji:

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor. Panie ministrze, teraz może pan udzieli nam informacji na temat dostępności do opieki medycznej osób starszych. Może jeszcze pan coś dopowie do informacji pani profesor.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie. Tak jak mówiła pani profesor, dzisiaj dostępność jest taka, na jaką nas stać. W ostatnim roku ona dosyć mocno się powiększyła, bo nawet w programach lekowych prawie o 60 mln zł wzrósł koszt leczenia, z 40 mln do 100 mln zł. We wszystkich grupach koszty w hematoonkologii rosną, to znaczy, że średnio poprawia się tu sytuacja lepiej niż w innych dziedzinach medycyny. Patrząc na programy onkologiczne: koszty w onkologii w ciągu ostatnich trzech lat w oddziałach szpitalnych wzrosły o 19%, w hematoonkologii o 30%, w radioterapii średnio o 33%, w hematoonkologii o 60%. Ta tendencja wzrostowa wzrasta cały czas.

Pani profesor zwróciła uwagę, że od 1 listopada jest finansowany bardzo istotny lek pomalidomid i od 1 stycznia wenetoklaks. Na pewno na tym się nie kończy lista kolejnych leków, bo jak powiedziała pani profesor, w hematoonkologii bardzo ważne dla efektów leczenia są leki. Finansowanie pozostałej ochrony zdrowia jest dobre dla leczenia ambulatoryjnego szpitalnego, radioterapii, ponieważ … jest finansowany bezlimitowo.

Inną rzeczą są kolejne programy lekowe. Pamiętam, że w maju podjąłem decyzję na kolejny lek w zakresie hematoonkologii, tak że od 1 lipca powinna być finansowana dosyć znaczna grupa pacjentów. Mamy jeszcze kilka wniosków, ale trwają jeszcze rozmowy, ponieważ jest to duża grupa pacjentów i bardzo wysokie koszty. Większość terapii kosztuje powyżej 140 tys. zł rocznie, czyli powyżej kosztu, który jest w Polsce uznawany za koszt efektywny. Rozmawiamy też z zespołami – rozpoczął to jeszcze NFZ, rozmawiając z profesorami – na temat zrobienia dobrego rejestru hematoonkologicznego.

Mówiłem, że jest uzgodniony program lekowy i instrumenty dzielenia ryzyka z kolejną firmą, czyli za pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie, płatnik nie będzie ponosił kosztów. To są pierwsze… gdy częściowo płacimy za skuteczne leczenie, tak żeby jak najefektywniej wydatkować pieniądze. To są te dziedziny, w których próbujemy wykorzystywać efektywność – płacenie za wartość leku dla pacjenta. W tym zakresie będą też analizy NFZ programów systemu monitorowania leczenia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów, naszych gości chce zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę również się przedstawiać, gdyż posiedzenie jest nagrywane.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych i w dodatku osoba, która w tej koalicji zajmuje się zwłaszcza pacjentami hematoonkologicznymi. Jak powiedziała pani profesor, dzieci rzeczywiście są wspaniale leczone, ale dzieci z nowotworami to jest jeden procent chorych. Chorzy hematoonkologicznie to jest 10% i te świetne wyniki hematoonkologii u dzieci nie mają większego wpływu na wynik statystyczny leczenia chorych hematoonkologicznie.

Wielokrotnie spotykamy się z panem ministrem i pan minister już zna na pamięć moją listę, na której widnieje spis pięciu leków i dwie prośby o zmiany w programach lekowych. Pani profesor mówiła o tych lekach. Jeden, to ponatinib dla pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową; dla pacjentów ze szpiczakiem mnogim marzymy o dwóch lekach, tj. daratumubab, który jest już bardzo blisko, z tego co wiemy, panie ministrze, on być może pojawi się na lipcowej liście, i drugi lek, który też się trudno nazywa – caraflizomib, i on jest potrzebny pacjentom, którzy niestety już nie odpowiadają na żadne leczenie, możliwe jest u nich tylko przeszczepienie. Bo przeszczepienie jest jedną z metod, nawet może być stosowaną u chorych w starszym wieku, jeśli ogólnie są oni w dobrym stanie zdrowia i nie mają chorób współtowarzyszących. Ten lek jest bardzo, bardzo potrzebny, bo stosuje się go krótko, od czterech do sześciu miesięcy, ale jak zadziała, to później przez cztery, sześć lat pacjent odpowiada na przeszczepienie.

Mówiliśmy już tu o przewlekłej białaczce limfocytowej, to jest największa grupa chorych. W tym roku zmarła przyjaciółka mojej mamy w wieku 97 lat i to była pani chora na przewlekłą białaczkę limfocytową. Ale ona nie zmarła na białaczkę, przyczyny były zupełnie inne. To jest taka choroba, że 70% pacjentów wyłącznie się obserwuje, nie podaje się im leków. Wobec 70% chorych to wystarcza. Ale 30% pacjentów potrzebuje leków i wtedy są oni naprawdę w dość trudnym stanie terapeutycznym. My mamy dwa leki – dziękujemy –ibrutynib i wenetoklaks, ale je znowu mamy do połowy. Bo one są tylko dla pacjentów, których dotknęła delecja i mają mutację tp53. Dla nas, jako liderów organizacji strasznie trudno jest tłumaczyć, proszę państwa, dlaczego blondynki dostają lek, a rude nie dostają. Bo to jest na tej zasadzie, u jednych i u drugich pacjentów ten lek jest równie skuteczny. I właśnie prosimy, żeby to zostało zmienione.

Druga zmiana w programie dotyczy pacjentów z mielofibrozą, którzy też mają … i to jest bardzo dobrze. Ale jeśli u chorego śledziona się nie zmniejsza, ten lek im się odbiera. I oni odchodzą. Jak mówię o pacjentach, to zawsze widzę twarz konkretnej

osoby. W tej chwili widzę twarz pani z Częstochowy, pani Janki Szuster, której właśnie odebrano lek, bo jej śledziona się nie zmniejszyła. Ale się też nie powiększyła. Ten lek ma również dobre działanie wtedy, kiedy nie pogarszają się parametry, kiedy jest zachowana jakość życia. To też jest bardzo ważne działanie terapeutyczne.

Chciałam jeszcze powiedzieć, że poza potrzebami lekowymi, mamy zaszłość w ustawodawstwie i tu jest prośba do państwa posłów. U nas pokutuje taki pogląd, że rehabilitacja pacjentów, a zwłaszcza pacjentów z białaczkami jest w ogóle niepotrzebna, wręcz szkodliwa. I taki jest zapis, że lekarze nie mogą dawać skierowań do sanatoriów pacjentom z białaczką. Musimy to absolutnie zmienić, bo rehabilitacja jest bardzo, bardzo potrzebna. Dostałam teraz mnóstwo listów od pacjentów ze szpiczakiem mnogim po skończonym turnusie rehabilitacyjnym i niektórzy wrócili, nie powiem, że do pełnej sprawności, ale zaczęli się poruszać bardzo sprawnie, pokonywać dłuższe odcinki. Ta rehabilitacja jest bardzo ważna i potrzebna.

Inna rzecz, na którą zwracają uwagę lekarze – generalnie dążymy do tego, żeby zmniejszać liczbę łóżek szpitalnych, żeby pacjenci byli leczeni ambulatoryjnie. Ale w hematoonkologii łóżka są potrzebne, ponieważ – co ciągle podkreślają państwo terapeuci – na etapie, kiedy inni pacjenci są już leczeni hospicyjnie, oni muszą być leczeni w ramach oddziału. I tak jak w przypadku innych nowotworów zmniejszamy liczbę łóżek, to w tym przypadku łóżek musi przybywać. Taka jest sytuacja. To jest to, co chciałam państwu powiedzieć.

Oczywiście moglibyśmy dużo mówić na ten temat. Dla nas najtrudniejsze jest to, kiedy dzwonią pacjenci, żeby wytłumaczyć im, dlaczego przy tej samej chorobie jeden pacjent dostaje lek, a inny nie, dlaczego programy są wykluczające. No i oczywiście jest też pytanie o to, jak długo na pewne leki możemy czekać. Powiem, że w ostatnich dwóch latach bardzo się poprawiła dostępność do leków i myślę, panie ministrze, że ta moja piątka może do końca roku chociaż o połowę się zmniejszy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Na pewno wszyscy marzymy o tym, żeby ta piątka się zmniejszyła, a dostępność leków była jak największa dla wszystkich, nie tylko dla dzieci, ale i osób starszych. To marzenia, a wiadomo, że to wszystko wiąże się z finansami. Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Panie ministrze, pani konsultant, szanowni państwo. Rzeczywiście, temat niezwykle ważny i cieszę się, że nasza Komisja zwróciła uwagę przede wszystkim na dostępność do terapii onkologicznej, a ze względu na obecność pani konsultant również na sytuację chorych hematoonkologicznie. Wydaje się, że tak naprawdę najważniejsze są słowa pana ministra Miłkowskiego – mogące być podsumowaniem dzisiejszego posiedzenia Komisji – że dostępność terapii jest taka, na jaką nas stać. Odnoszę wrażenie, że rzeczywiście tak jest. Mam nadzieję, że nasza Komisja i dzisiejsza prezentacja uświadomiła nam wszystkim, jak wiele jeszcze mamy wspólnie do zrobienia i jak duże są potrzeby finansowe, byśmy doszli do opieki medycznej na europejskim poziomie. Odnoszę wrażenie, że są w Polsce fantastyczni fachowcy, świadomi wyzwań, mają wiedzę i umiejętności, ale czasami brak środków i to jest rzecz kluczowa.

Dane budzą jednak poważny niepokój: blisko 165 tys. zachorowań rocznie na nowotwory złośliwe i coroczny przyrost zachorowań. To pokazuje, że onkologia powinna być absolutnym priorytetem. To też pokazuje – i dziękuję, że pani konsultant zwróciła na to uwagę – jak potrzebna jest profilaktyka i jak potrzebna jest nowoczesna diagnostyka, bo czas ma tutaj kluczowe znaczenie.

Wśród dostarczonych nam materiałów znalazła się też prezentacja prof. Kostki, którą, jak ustaliliśmy z panią przewodniczącą, może kiedyś wygłosi sam pan prof. Kostka. W tej prezentacji również jest powiązanie całościowej oceny geriatrycznej z badaniami przesiewowymi, które mogą nam pomóc we wczesnej diagnostyce. Na to też chciałbym zwrócić uwagę, gdyż cały czas jest niezrealizowany postulat naszej Komisji o finansowanie przez NFZ całościowej oceny geriatrycznej w lecznictwie ambulatoryjnym. Dziękuję, że zwróciliśmy uwagę na to wyzwanie.

W prezentacji prof. Kostki pojawia się aspekt, który mnie też interesuje – kwestia przygotowania pacjenta w wieku starszym do terapii. To ważne, bo wiek powoduje, że do rozpoczęcia leczenia onkologicznego, hematologicznego trzeba po prostu czasami przygotować pacjenta. Czas odgrywa tutaj kluczową rolę. Prof. Kostka zwraca również uwagę na taką metodę rehabilitacji, do której należą też, o czym wspomniała pani przedstawicielka organizacji pozarządowej, fizjoterapia i odżywianie. Pamiętajmy, że w tym zakresie też niezbędna jest odpowiednia edukacja pacjentów i personelu.

Cieszę się, że zwróciliśmy uwagę na ten temat i mam nadzieję, że przygotowywana narodowa strategia uświadomi nam wszystkim, że to jest obszar usług medycznych, który trzeba absolutnie wspierać, bo nawet minimalne przedłużanie długości życia chorych onkologicznie, powyżej tych pięciu lat, jest wyzwaniem, na którym warto się skoncentrować i wspólnie pracować. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani profesor. Bardzo proszę.

Poseł Alicja Chybicka (PO-KO) – spoza składu Komisji:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Pozwolę sobie nie zgodzić się ze zdaniem pana ministra, że finansujemy leki tylu chorym, na ile nas stać. Budżet państwa na pewno stać na więcej, chyba się państwo zgodzą ze mną, że życie ludzkie jest bezcenne. Nie można uzależniać tego, czy ktoś będzie żył, czy nie, od tego, ile się wyłoży pieniędzy. Światowy trend jest taki, że dramatycznie rośnie liczba zachorowań na nowotwory. Szacuje się, że u nas w tym roku może to być 180 tys., z czego około 30 tys. chorych, gdyby znalazło się poza granicami naszego kraju, np. w Czechach czy w Niemczech, byłoby wyleczonych; a u nas zginą. Dlaczego? Właśnie dlatego, że pieniędzy teoretycznie, tak jak pan powiedział, jest za mało. Być może w MZ jest za mało, ale pieniądze są wydawane na różne dziwne rzeczy, na agencje, na telewizję. Czy to jest ważniejsze od życia ludzkiego?

Druga tendencja światowa i w onkologii dziecięcej, i dorosłych, to nowoczesne terapie; chcę do tego wrócić. Najlepsza byłaby terapia spersonalizowana i krojona na miarę, oparta na lekach szlaków sygnałowych i na terapii celowanej. To są kosztowne terapie. Żeby je zastosować, trzeba mieć kosztowne narzędzia diagnostyczne, bo musimy wiedzieć… My to wszystko w onkologii dziecięcej robimy i wyleczalność nowotworów, wszystkich, w tym białaczek, chłoniaków, jest na poziomie europejskim, a w niektórych grupach nie jesteśmy gorsi, a nawet odrobinę lepsi.

Mam pytanie do pani – jak wygląda na tle krajów UE i światowych statystyk, wyleczalność Polaków w wieku podeszłym, tylko proszę z tego wyrzucić dzieci. Wiem, że one statystycznie dużo nie podciągną, ale 10% to wcale nie jest mało, to jest jedna dziesiąta. Na przykład ziarnica złośliwa u dzieci ma wyleczalność 90%, to już będzie duża różnica, jak się do tego dołoży chorych, którzy przeżywają, jak tu pani pokazywała, w 40 czy 50%. To jest dramatyczna różnica.

Chciałabym zapytać – bo na pewno takie statystyki hematolodzy sami sobie sporządzają i wiedzą dokładnie – czy jest różnica pomiędzy krajami Unii? A jeśli tak, to, panie ministrze, pana zadaniem jest wydarcie tych środków. Nie ma niczego cenniejszego niż życie ludzkie. To jest leczenie przyjazne choremu, nie tak jak chemioterapia i radioterapia, okaleczanie chorego, bo mu się wycina to i owo, to akurat hematologii nie dotyczy. Ale generalnie nie można się chwalić tym – mnie to denerwuje, powiem niekulturalnie, po prostu mnie to złości – od 45 lat jestem onkologiem dziecięcym i cały czas słyszę, że nakłady na onkologię są duże. Ale popatrzcie, zachorowalność jest duża i koszty rosną wprost dramatycznie. Czyli te stałe koszty, które też są większe, wzrosły za mało, personel zarabia zdecydowanie za mało mimo tego, że dostał jakieś podwyżki. Naprawdę ochrona zdrowia ogólnie, łącznie z onkologią, nie jest w najlepszej sytuacji, mówiąc delikatnie. Nigdy nie była priorytetem i nigdy tych środków…

Tu naprawdę trzeba by drugie tyle pieniędzy, żeby ochrona zdrowia ogólnie stanęła na nogi, żeby na SOR nie umierali chorzy, żeby nie było tak, że na wielkim oddziale intensywnej terapii – dzwoniłam tam dzisiaj – jest dwóch lekarzy, dwóch lekarzy na operatywy i na chorych, a chorych jest ośmiu. Po prostu to jest dramat. My naprawdę balan-

sujemy na granicy przepaści. A mnie serce boli, jeśli chorzy, nawet w wieku podeszłym… Życie jest bezcenne i drugi raz już tu nie wrócimy. Życie to bal, drugi raz nie zaproszą nas na ten bal, to jedyny bal, na który już nigdy nie zostaniemy zaproszeni – jak śpiewa Rodowicz. Naprawdę, panie ministrze, te środki zamiast na inne rzeczy powinny być skierowane na ratowanie życia ludzkiego. A to są choroby, które potrafią zabrać to życie. U dzieci zabierają natychmiast, bo nie przejdziemy w chorobę przewlekłą z dzieckiem, ale u dorosłych, jeśli będą leki, chory zejdzie, tak jak mówiła pani profesor, na inną chorobę. To trzeba zrobić. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo dziękuję. Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos? To teraz poproszę o odpowiedź na pytania. Bardzo proszę, pani profesor, pan minister.

Krajowy konsultant w dziedzinie hematologii Ewa Lech-Marańda:

Pani profesor, całkowicie się zgadzam z tym, co powiedziała pani profesor, że wyniki leczenia dzieci na nowotwory hematologiczne są bardzo dobre. One są doskonałe i my jako hematolodzy dorośli zawsze bierzemy z państwa przykład i chcielibyśmy móc mieć tak dobre wyniki. Ale też, jak wspomniała pani profesor, biologia tych chorób jest zupełnie inna. W przypadku chorób, które są wspólne, np. ziarnica złośliwa, można mówić o wyleczalności, jednak w większości nowotworów osób dorosłych nie mówimy o wyleczalności, tylko o remisjach, gdyż części tych chorób nie da się wyleczyć. Ale jeśli chodzi o chłoniaka Hodgkina, rzeczywiście wyleczalność sięga 80-90%, w ostrych białaczkach szpikowych odsetki remisji to 70-80%, w limfoblastycznych 80%, uważamy, że to są doskonałe wyniki.

Przeżycia całkowite, czyli pięcioletnie są znacznie niższe, bo u tych chorych, oprócz chemioterapii, w wysokim ryzyku musimy prowadzić procedury przeszczepienia allogenicznych komórek krwiotwórczych szpiku i tutaj pięcioletnie przeżycia wynoszą 50-60%. To są takie ostre białaczki i nowotwory ostre, gdzie uzyskujemy remisję i musimy doprowadzić do przeszczepienia szpiku. Ale gros chorób, to są nowotwory przewlekłe i pięcioletnie przeżycia np. w szpiczaku wynoszą pięćdziesiąt kilka procent, w chłoniakach, w zależności od podtypu 70-70+%. Jak to się wszystko zsumuje, odejmie dzieci, to wyjdzie około 40-50%.

Odnośnie do porównania z wynikami europejskimi. W ubiegłym roku ukazał się raport Alivii, w którym pięcioletnie przeżycia w Polsce chorych na ostre białaczki szpikowe są podobne jak w innych krajach europejskich, ale myślę, że tutaj ogromne znaczenie ma przeszczepienie szpiku.

Zgadzam się też całkowicie, że nie uciekniemy od nowoczesnych terapii, nie powinniśmy uciekać, powinniśmy jak najszybciej wsiąść do pociągu postępu w leczeniu i móc oferować nowoczesne terapie, o czym mówiła pani profesor, inhibitory szlaków sygnałowych, nowoczesne przeciwciała, komórki CAR-T. Nie pokazałam tutaj komórek, ale pokazałam wszystkie inhibitory – te leki pozwalają wydłużyć przeżycie. Jeżeli nie będziemy mieli dostępu do nich, ciągle nasze pięcioletnie przeżycia będą w tych granicach, o których mówiłam.

Co do priorytetów. Myślę, że chyba dla każdego rządu zdrowie powinno być priorytetem.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo. Jeszcze parę słów na koniec. Zdrowie jest priorytetem i, proszę państwa, to nie jest tak, że … Oczywiście gdybyśmy zamknęli wszystkie dziedziny, to na zdrowie też byśmy dali i może byśmy nie byli pierwsi, ale się zrównali ze Stanami Zjednoczonymi. Pozamykamy szkoły, posterunki policji, wszystko, bo zdrowie jest najważniejsze.

Rozumiem, zdrowie jest najważniejsze. Ale pytanie, czy inne wydatki nie są równie ważne, chociażby dodatkowe świadczenia dla dzieci czy dla osób starszych, które też przyznano? Przeżycia całkowite w Polsce, tak jak w Unii, się wydłużają i to jest prawda, nie kłamstwo. Produkt krajowy brutto w Polsce jest 2,5-krotnie mniejszy niż średnio w krajach Unii, a to chyba jest jedyna droga, żeby polepszyć system ochrony zdrowia, żebyśmy mieli znacząco wyższe dochody budżetu państwa, wyższy dochód krajowy brutto. Mamy na razie drugie miejsce w UE pod względem tempa wzrostu PKB i naj-

ważniejsze, żeby utrzymać to tempo jak najdłużej, bo dopiero wówczas możemy skracać dystans. To są duże liczby…

Jutro, pojutrze będziemy po raz pierwszy w tym roku procedować w Sejmie zmiany planu finansowego; z tymi zmianami wzrost wyniesie ponad 6 mld zł, czyli 6,5%, to jest znacząco więcej niż wzrost PKB. Wydaje się, że to jest bardzo istotna droga, żeby nie patrzeć wyłącznie na zdrowie, ale również na gospodarkę i wynagrodzenia. NFZ dostaje istotne środki z wynagrodzeń, oczywiście część pieniędzy jest z budżetu państwa, ale głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Dlatego jest taki duży wzrost, że więcej osób pracuje, mniej środków idzie na dotacje do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Sytuacja jest dobra, ponieważ jest dobra sytuacja gospodarcza. Dzięki temu przez ostatnie trzy lata podwoiła się liczba programów lekowych, podwoiła się liczba substancji czynnych i wzrosły wydatki.

Pytanie, gdzie jest skuteczniej, czy faktycznie w hematoonkologii. Niektórzy uważają, że superefektywne leczenie zapewniają ostre zespoły wieńcowe młodych pacjentów, bardzo często wystarczy szybko dostać się do pracowni hemodynamiki. Niektóre badania pokazują, że najbardziej wydłużają czas życia np. procedury zaćmy, bo jeśli pacjent w starszym wieku widzi, wówczas może się ustrzec złamań, może swobodnie poruszać się. To są pośrednio istotne przeżycia, bo te procedury są bardzo tanie. Staramy się, żeby na tanie procedury, superefektywne kosztowo nie było żadnych czasów oczekiwania, ponieważ nas na to nie stać. Do tego bardzo mocno dążymy.

W szczególności czas jest bardzo istotny w onkologii, gdzie jednym z najistotniejszych elementów jest moment rozpoznania, ponieważ bardzo wiele nowotworów jest możliwych do całkowitego wyleczenia za stosunkowo niskie koszty. Ważne tylko, żeby zdiagnozować chorobę w I czy II stadium nowotworu i bardzo szybko wyleczyć. Pracujemy nad tym już od wielu lat. Rozpoczęliśmy pierwszą reformę, wprowadziliśmy karty DILO, żeby jak najszybciej wyleczyć pacjenta, żeby skuteczność była jak najwyższa. Cały czas to poprawiamy, ponieważ widzimy tu nieefektywność. A często w tych najtańszych, najprostszych elementach jest największy skutek leczenia.

Przygotowujemy się do nowych metod płacenia, żeby płacić za efekty leczenia. Jak już mówiłem, nawet w hematoonkologii może się istotnie polepszyć finansowo, jeśli za część pacjentów, których leczenie nie dało efektu klinicznego, nie nastąpiła istotna poprawa, zapłaci producent leku. W tym kierunku staramy się iść i w tym kierunku idą prace nad nowymi rejestrami – żeby płacić za efekty kliniczne. Jeśli farmaceutyk jest dla pacjenta nieskuteczny, to nie ma uzasadnienia, żeby płacić. Wszyscy wiedzą, że akurat leki w onkologii nie są w stu procentach skuteczne. Właściwie w programach lekowych mamy tylko jeden lek zapewniający wyleczalność – na wirusowe zapalenie wątroby typu C, gdzie nie ma już kolejki oczekujących. Była olbrzymia grupa pacjentów i wszyscy zostali wyleczeni. Jest to już standard postępowania. W nowotworach, które są pochodną chorób wątroby, najprawdopodobniej będziemy mieli w następnych latach niższe koszty, bo udało się nam tę grupę pacjentów wyleczyć. Pozostałe nowotwory, tak jak mówiła pani profesor, nie tylko w hematoonkologii, nie mają stuprocentowej skuteczności. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo pani profesor i panu ministrowi za udzielenie odpowiedzi. Chyba wszyscy wiemy dobrze, że nie ma nic cenniejszego niż zdrowie, że na pewno ten rząd, pan minister starają się, jak tylko mogą, żeby przeznaczać możliwie największe środki, ale również oceniać efektywność i wydatkowanie środków. Dziękuję jeszcze raz. Są to na pewno trudne tematy, jeżeli jednak pieniędzy jest jeszcze za mało i nie możemy stosować celowanych terapii, myślę, że to mocno boli nas wszystkich. Mam nadzieję, że, jak zaznaczył pan minister, w miarę rozwoju naszej gospodarki, będziemy naprawdę silnym gospodarczo państwem, będziemy również piękniejsi i zdrowsi. Kończymy ten punkt.

Przejdziemy teraz do rozpatrzenia i zaopiniowania dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności NIK w 2018 r. (druk nr 3366) w zakresie dzia-

łania Komisji. Proszę przedstawiciela NIK, pana Piotra Wasilewskiego, dyrektora Departamentu Zdrowia NIK, o przedstawienie sprawozdania.

Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Prezes NIK realizując ustawowy obowiązek przedłożył Wysokiemu Sejmowi sprawozdanie z działalności NIK w 2018 r. W sprawozdaniu opisano szczegółowo działalność NIK w 2018 r., działalność bardzo aktywną. Wspomnę w tym momencie, że tylko w ramach 111 kontroli planowych Izba przeprowadziła 2066 kontroli jednostkowych w 1633 podmiotach. Ponadto niezależnie od kontroli ujętych w rocznym planie pracy w 2018 r. w ramach 91 kontroli doraźnych Izba zakończyła 259 kontroli jednostkowych w 195 podmiotach. W 2018 r. przedłożyliśmy Sejmowi łącznie 191 informacji o wynikach kontroli, tj. o dwie więcej niż w 2017 r.

Wiele tych kontroli dotyczyło obszarów będących w kręgu zainteresowań Komisji. Ponieważ zakres zainteresowań Komisji jest bardzo szeroki i leży w kompetencjach kilku jednostek organizacyjnych NIK, jako dyrektor departamentu zdrowia chciałbym przede wszystkim skupić się na zagadnieniach związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Problematyka ta jest bardzo istotna, jeśli nie najistotniejsza z punktu widzenia osób w wieku podeszłym. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia można rozpatrywać w wymiarze społecznym, ale to także osobisty dramat konkretnego, często starszego człowieka, który w wielu wypadkach bez wystarczającego wsparcia czy informacji musi się zmierzyć z chorobą.

Szanowni państwo, w 2018 r. tematyka funkcjonowania ochrony zdrowia była jedną z najczęściej podejmowanych przez NIK. Sięgnę tu po parę przykładów, które mogą być szczególnie istotne dla osób w wieku podeszłym. Niewątpliwie istotnym problemem współczesnej Polski są choroby cywilizacyjne, które występują globalnie i są bardzo powszechne. Ich pojawienie się, a także znaczne rozprzestrzenienie zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, paradoksalnie zostało spowodowane osiągnięciem dużego postępu cywilizacyjnego i technicznego przez współcześnie żyjących ludzi. Do tego rodzaju chorób zalicza się m. in. cukrzycę typu II. Warto wspomnieć, iż częstość występowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej u osób po 65. roku życia sięga 40%. Z wiekiem wzrasta bowiem oporność tkanek na działanie insuliny i zmniejsza się jej wydzielanie. Zaburzeniom gospodarki węglowodanowej może również sprzyjać zażywanie niektórych leków, m.in. przeciw nadciśnieniowych, często przyjmowanych właśnie przez osoby starsze.

Biorąc pod uwagę starzenie się naszego społeczeństwa, fakt, iż u osób w podeszłym wieku cukrzycy towarzyszą zwykle inne schorzenia przewlekłe, problem opieki diabetologicznej nad chorymi staje się coraz poważniejszy. Tymczasem wyniki kontroli NIK na temat profilaktyki leczenia cukrzycy typu II wskazały, że zadania systemu ochrony zdrowia związane z zapobieganiem i wczesnym wykrywaniem oraz leczeniem cukrzycy typu II nie były realizowane skutecznie. Pomimo uznania cukrzycy za chorobę cywilizacyjną oraz wskazania, że jednym z priorytetów zdrowotnych ustalonych rozporządzeniem ministra zdrowia jest przeciwdziałanie cukrzycy, działania ministra odpowiedzialnego za kształtowanie polityki zdrowotnej państwa było niewystarczające. Nie opracowano ogólnokrajowej strategii ukierunkowanej na prewencję, leczenie oraz opiekę nad osobami chorymi na cukrzycę. Do opracowania krajowych programów przeciwdziałania cukrzycy wzywa kraje członkowskie UE rezolucja Parlamentu Europejskiego.

Minister zdrowia nie rozpoznał w wystarczającym stopniu potrzeb zdrowotnych ludności w badanym zakresie, nie określił liczby lekarzy diabetologów, niezbędnych do sprawowania opieki nad populacją pacjentów chorych na cukrzycę. W ograniczonym zakresie upowszechniał również edukację diabetologiczną. Minister zdrowia nie wprowadził do czasu zakończenia kontroli na listę leków refundowanych ani jednego leku z grupy leków inkretynowych i grupy flozyn spośród dziesięciu, które uzyskały pozytywne rekomendacje prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W efekcie polscy pacjenci nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu II. W ocenie NIK refundacja niektórych z tych leków przez płatnika publicznego mogłaby wpłynąć na poprawę efektów leczenia, a tym samym zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań.

Należy nadmienić, że leki z tych grup są refundowane w różnym stopniu w wielu krajach Unii. Prezes NFZ podejmował wprawdzie działania zmierzające do poprawy leczenia pacjentów z cukrzycą typu II i ograniczenia jej powikłań, nie doprowadziło to jednak do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów diabetologicznych. Świadczy o tym w szczególności wzrost liczby pacjentów oczekujących na wizytę w poradni diabetologicznej i na hospitalizację, wydłużający się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, a także zmniejszająca się liczba świadczeniodawców realizujących umowy NFZ.

Z ustaleń kontroli zakażeń w podmiotach leczniczych wynikało, że system przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym był nieskuteczny, na co wskazuje wzrost liczby pacjentów z zakażeniami szpitalnymi, w tym zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii clepseumia pneumoniae Nd+, a także wzrastająca liczba pacjentów z rozpoznaniem sepsy. Problemy te mogą w szczególny sposób dotykać osoby w wieku starszym choćby z uwagi na osłabienie układu odpornościowego. Jak wykazała kontrola NIK mimo powołania zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych oraz formalnego wdrożenia przez kontrolowane szpitale procedur zapobiegających ich występowaniu w badanym okresie odnotowano wzrost liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym o 9%, przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby hospitalizowanych pacjentów o 2%.

Przyczyną tego stanu było przede wszystkim nieprzestrzeganie obowiązujących procedur zapobiegających zakażeniom przez większość kontrolowanych podmiotów, a także niedostateczna liczba personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach. W połowie 2017 r. czynnych zawodowo było tylko 110 lekarzy mikrobiologów oraz 219 epidemiologów. Wśród krajów europejskich Polska zajmuje ostatnie miejsce pod względem liczby praktykujących lekarzy specjalistów w dziedzinach związanych z mikrobiologią i bakteriologią. Brakuje również pielęgniarek mających specjalizację w dziedzinach pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii lub higieny i epidemiologii. Na koniec czerwca 2017 r. tylko pół procent zatrudnionych pielęgniarek spełniało kryteria kwalifikacyjne do pełnienia funkcji pielęgniarki epidemiologicznej w zespołach kontroli zakażeń szpitalnych. Średnia liczba badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne w danym roku była trzykrotnie mniejsza niż w krajach Unii. Dane te wskazują na niedostateczne wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej w szpitalach. Funkcjonujące w kontrolowanych szpitalach systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach szpitalnych nie dostarczały rzetelnych danych o skali zjawiska.

Jednak ryzyko zakażeń szpitalnych to nie jedyny problem, z którym styka się osoba starsza podczas pobytu w szpitalu. NIK zbadała żywienie pacjentów w szpitalach, stwierdzając, że luki w systemie prawnym, ale także nierzetelny nadzór nad żywieniem pacjentów oraz niskie nakłady finansowe przeznaczone na żywienie powodowały, że w większości skontrolowanych szpitali pacjent otrzymywał posiłki nieadekwatne do stanu zdrowia, przygotowane z surowców niskiej jakości, o zaniżonych bądź zawyżonych wartościach energetycznych, pozbawionych także odpowiednich wartości odżywczych. Dostarczana żywność nie spełniała zasadniczych funkcji: wspomagania procesu leczenia i powrotu do zdrowia, a czasem wręcz stanowiła czynnik szkodliwy. Szpitale nie kontrolowały jakości żywienia pod względem zawartości składników odżywczych określonych właściwymi normami.

Ważne z punktu widzenia ochrony interesów osób w wieku podeszłym były ustalenia kontroli pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów. Wynikało z nich, że obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Liczba spraw w sądach powszechnych nie zmniejszyła się, czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed komisjami jest niezadowalający, a końcowe efekty wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie satysfakcjonują pacjentów.

Działania wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych nie zapewniły pacjentom możliwości szybkiego uzyskiwania odszkodowań lub zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego. Ponad połowa rozstrzygnięć w sprawach zgłoszonych przez wnioskodawcę kończyła się z naruszeniem ustawowego czteromiesięcznego terminu. W skrajnych przypadkach rozstrzygnięcia zapadały nawet po 22 miesiącach. Nie

zostało zatem zrealizowane podstawowe założenie wprowadzonych w 2011 r. zmian ustawowych, których celem miało być usprawnienie dochodzenia roszczeń. Przewidziana w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta procedura dochodzenia określonej kwoty odszkodowania nie zapewniała pacjentowi uzyskania tego świadczenia. Odbywa się ona poza komisją i jest realizowana przez pacjenta i szpital w drodze negocjacji. Komisje nie mają nawet pełnych informacji, czy doszło do porozumienia w kwestii wysokości odszkodowania i czy pacjent je otrzymał. Brak ściśle określonych regulacji w tym zakresie powoduje, że wielu pacjentów jest nieusatysfakcjonowanych propozycjami szpitali.

Szanowni państwo, negatywna ocena systemu ochrony zdrowia przez osoby starsze wynika przede wszystkim z długiego oczekiwania na uzyskane świadczenie. Gdy to już nastąpi, pacjent często musi jeszcze czekać na zlecone badania diagnostyczne czy kolejne konsultacje. Dlatego tak istotne znaczenie ma powtarzana corocznie przez NIK kontrola realizacji zadań NFZ, gdzie badamy nie tylko czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń w różnych jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych, ale również działania podejmowane przez NFZ w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń. Zwracamy uwagę na bardzo duże dysproporcje w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ w porównaniu z ich liczbą i wartością przypadającą na 10 tys. uprawnionych, jak i czasem oczekiwania na ich udzielenie.

Kończąc już tę część dotyczącą systemu ochrony zdrowia i licznych nieprawidłowościach zidentyfikowanych przez NIK, utrudniających zapewnienie prawidłowej opieki dla osób starszych, pozwolę sobie na pewną nutę optymizmu. W drugiej połowie 2018 r. zrealizowaliśmy kontrolę programu bezpłatnych leków dla seniorów Leki 75+. Informacja z tej kontroli została opublikowana w zeszłym miesiącu, a więc nie znalazła się w sprawozdaniu za 2018 r. Wspomnę więc tylko, że z naszych ustaleń wynika, że działania instytucji odpowiedzialnych za realizację zadań związanych z funkcjonowaniem programu Leki 75+ w latach 2016-2018 poprawiły dostęp seniorów do produktów leczniczych. Wraz z uruchomieniem tego programu zamrożony był w domowych budżetach osób, które ukończyły 75. rok życia, spadek wydatków na leki. W wykazach produktów przysługujących bezpłatnie seniorom w latach objętych badaniem minister zdrowia ujmował produkty lecznicze stosowane w coraz szerszym katalogu schorzeń, ułatwiając korzystanie z farmakoterapii grupie społecznej, którą, jak wszyscy wiemy doskonale, cechuje zwiększona podatność na problemy zdrowotne oraz wielochorobowość. Z pewnością wyniki tej kontroli będą jeszcze przedmiotem zainteresowania Wysokiej Komisji.

Kończąc kwestie związane z ochroną zdrowia wspomnę jeszcze o dwóch bardzo istotnych kontrolach spoza tego obszaru, dedykowanych bezpośrednio sprawom i problemom seniorów. Pierwsza z nich to kontrola dotycząca usług opiekuńczych świadczonych osobom starszym w miejscu zamieszkania. Informacja NIK została rozpatrzona przez Wysoką Komisję 1 października 2018 r. Z ustaleń kontroli wynikało, że usługi opiekuńcze dla osób starszych w miejscu ich zamieszkania nie są formą pomocy powszechnie dostępnej. W skontrolowanych gminach z usług tych korzystało średnio tylko około półtora procent osób w wieku powyżej 60. roku życia. W skali kraju wsparcia w formie usług opiekuńczych nie zapewniało 475 gmin, a więc 19%, choć ich organizowanie i świadczenie jest obligatoryjnym zadaniem własnym gmin. Skontrolowane gminy nie rozpoznawały sytuacji seniorów zamieszkujących na ich terenie w sposób pozwalający na identyfikację i zaspokojenie ich potrzeb. Dotyczyło to zarówno identyfikacji nowych osób wymagających pomocy, które dotychczas nie korzystały ze wsparcia ośrodków pomocy społecznej, jak i planowanej formy tej pomocy.

Druga kontrola to dostępność przestrzeni publicznej osób starszych niepełnosprawnych. Osoby starsze niepełnosprawne wciąż mają kłopoty z dostępnością w przestrzeni publicznej. Nie mogą swobodnie korzystać z muzeów, bibliotek czy ośrodków kultury. Nierozwiązany jest problem spełniania tych potrzeb. Kontrola wykazała, że ani jeden ze skontrolowanych 94 obiektów w 24 skontrolowanych gminach nie był wolny od barier lub niefunkcjonalnych rozwiązań, które uniemożliwiały osobom niepełnosprawnym swobodne korzystanie z tych obiektów. W większości budynków brakowało udogodnień dla osób niewidomych i słabowidzących, nie było informacji alfabetem Braille'a o kontrasto-

wych oznaczeniach na schodach ani odmiennych faktur nawierzchni, a tablice informacyjne były często mało czytelne. Prawie w 40% przypadków dokumentacja projektowa, techniczna czy przetargowa nie uwzględniała rozwiązań dla osób z różnymi niepełnosprawnościami. Koncepcje usprawnień dotyczyły głównie osób z niepełnosprawnością ruchową. Ponad połowa skontrolowanych gmin nie opracowała planu ani kompleksowej strategii działań na rzecz poprawy dostępności przestrzeni publicznej.

Kończąc, chciałbym wspomnieć o kilku istotnych informacjach dotyczących kontroli zrealizowanych pod koniec 2018 r., których wyniki zostaną przekazane Wysokiemu Sejmowi w najbliższych miesiącach, a których wyniki mogą być szczególnie istotne dla Komisji. Są to np. dostępność refundowanych wyrobów medycznych i bezpieczeństwo ich stosowania, działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia czy wreszcie realizacja rządowych programów na rzecz aktywności społecznej osób starszych.

Pragnę również podkreślić, że staramy się, podejmując kontrolę, uwzględniać w dużej mierze sugestie Komisji Polityki Senioralnej, np. do planu pracy NIK na 2020 rok Komisja zgłosiła kontrolę funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych. Tymczasem taką kontrolę podejmiemy już w drugiej połowie bieżącego roku, będzie to kontrola dostępności opieki długoterminowej finansowanej przez NFZ. Dziękuję bardzo za uwagę.

Jeżeli są jakieś wątpliwości, uwagi, bardzo chętnie odpowiemy. Jest ze mną również pan Mirosław Miłoń, wicedyrektor w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK, tak że mamy dosyć szerokie spektrum, jeśli chodzi o możliwość odpowiedzi na pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Czy ktoś z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję, panie dyrektorze, za wnikliwe, jak zawsze, kontrole NIK. Muszę powiedzieć, że 20 lat temu byłem pierwszy raz kontrolowany przez NIK, z biegiem lat ta instytucja staje się coraz lepsza i w tak małym składzie robi tak wiele. To wszyscy widzą.

W swojej wypowiedzi przedstawił pan obraz, jaki widzą państwo. Przyczyny są różne, bardzo często wiążą się z finansowaniem, z sytuacją budżetu państwa. Wcześniej mówiliśmy o hematoonkologii. Jeśli chodzi o cukrzycę, to faktycznie niewiele jest nowych technologii lekowych. W cukrzycy typu II 1 maja po raz pierwszy wprowadziliśmy na listę leków refundowanych zupełnie nową insulinę. Być może, tak jak wspomniał pan, część leków nowoczesnych znajduje się w procesie refundacji. Są one rozpatrywane i z tego co wiem, jest pozytywna decyzja. To zależy od Agencji Oceny Technologii Medycznych; nie zawsze jest pozytywna ocena Komisji Ekonomicznej działającej przy Ministrze Zdrowia.

W wybranych wskazaniach większość pacjentów może być skutecznie leczona lekami starszej generacji i jest leczona. Pracujemy nad tym. Każdy pacjent ma dostęp do leków starszej generacji. Bardzo dużo zależy od pacjenta, jego efektywności, od znajomości choroby i stosowania się do zaleceń. Pacjenci wiedzą, jak się trzeba żywić, jak dbać o zdrowie, ale nie zawsze to realizują. A dieta to jest główny element leczenia także przy kuracji starszymi lekami.

Jeśli chodzi o diabetologów. Cukrzyca w znaczącej mierze jest dobrze prowadzona również przez lekarzy rodzinnych. Przeszli oni odpowiednie szkolenia zarówno w prowadzeniu pacjentów diabetyków, jak również kardiologicznych. Widzimy, że jest za dużo wizyt ambulatoryjnych specjalistycznych. I często bywa, że liczba porad specjalistycznych na 100 tys. mieszkańców jest u nas taka sama jak w najlepszych państwach europejskich, np. w Holandii czy Danii. Tyle, że być może nie zawsze jest to właściwa grupa pacjentów. Część pacjentów nie powinna korzystać z usług specjalistów, ponieważ wystarczające są konsultacje u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W szczególności dotyczy to oddziałów diabetologii. Naprawdę cukrzyca nie powinna być doprowadzona do stanu, że pacjent, który korzysta z opieki lekarza POZ, czeka na leczenie w oddziale diabetologicznym. Nie słyszeliśmy o czymś takim.

Nie chcę się wypowiadać o ustawie o prawach pacjenta, ponieważ nie znam jej dokładnie. Wrócę do tego, co wcześniej mówiłem – chodzi też o to, żeby osoby starsze miały swobodniejszy dostęp do kultury. Tak, żeby mogły wejść do teatru czy kina, to jest ważne, żeby miały zoperowany np. narząd wzroku. Bardzo mocno pracujemy w tym zakresie z konsultantem krajowym, żeby osoby starsze miały również dostęp do endoprotezoplastyki. Jest tutaj jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Z różnych powodów, nie tylko finansowych, ale również organizacyjno-lekarskich to szwankuje, musimy nad tym pracować. Widzimy w innych krajach, że wszyscy się starają, aby osoby w wieku podeszłym były jak najbardziej sprawne, ponieważ to jest zdecydowanie najlepsze dla nich i najbardziej wydłuża czas przeżycia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos? Nie widzę. Panie dyrektorze, chce pan ewentualnie odnieść się do wypowiedzi pana ministra?

Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:

Tu zgadzamy się w wielu kwestiach. W niektórych się różnimy, ale zawsze różnimy się pięknie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

To się bardzo cieszymy, że różnimy się pięknie. Jest to bardzo ważne, tak jak dla nas ważne są przedstawione informacje o kontroli NIK. Są one dla Komisji wskaźnikiem, drogowskazem, w którym kierunku mamy iść i myślę, że w wielu obszarach dążymy do tego, żeby wszystko szło w dobrym kierunku. Dziękuję bardzo, bo wiem, że, tak jak powiedział pan minister, wkładacie wiele pracy w przygotowanie dla Komisji, dla rządu wszystkich informacji.

Szanowni państwo, stwierdzam, że Komisja przyjęła obie informacje do wiadomości.

Chciałam jeszcze powiedzieć o planowanej wizycie 29 i 30 maja w Wałbrzychu i Szczawnie Zdroju. Prosimy wszystkich posłów chętnych do wzięcia udziału w wizytacji o zgłaszanie się do sekretariatu Komisji. Szczegółowy plan został wysłany paniom i panom posłom meilem.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam dyskusję i…

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czy mogę?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Chciałam się podzielić z członkami Komisji pewną informacją. Otóż dzisiaj w imieniu pani przewodniczącej poseł Małgorzaty Zwiercan reprezentowałam Komisję Polityki Senioralnej podczas pracy zespołu Rady Działalności Pożytku Publicznego ds. partycypacji społecznej osób starszych. Przedstawiłam dotychczasowe działania naszej Komisji, przedstawiłam również plany i zamierzenia. Ta informacja została przez członków Rady i członków zespołu przyjęta bardzo pozytywnie, są pewne sugestie, które oczywiście pani przewodniczącej i państwu przekażę w późniejszym terminie. To był dla mnie wielki zaszczyt. Są nadzieje, pani przewodnicząca, szanowni państwo, na zacieśnienie współpracy naszej Komisji właśnie z tym zespołem. Bardzo dziękuję. Tyle gwoli informacji dla państwa.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

I ja dziękuję pani poseł, że wzięła pani udział w pracach zespołu.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam dyskusję i posiedzenie Komisji. Ślicznie dziękuję.